

Troubles des conduites alimentaires et troubles de la personnalité

Certains traits de personnalité peuvent être considérés comme des facteurs importants dans l'émergence, l'expression symptomatique et le maintien d'un trouble du comportement alimentaire. De plus, la comorbidité avec un trouble de la personnalité est fréquente chez les patients ayant un tel trouble et pourrait influencer son pronostic et la réponse au traitement.

Alexandra Pham-Scottez*

Selon les études disponibles à ce jour,³ entre 23 et 80 % des patients anorexiques ont un trouble de la personnalité associé. Certaines de ces études permettent d'affiner les résultats en fonction des 2 sous-types d'anorexie mentale :

- l'anorexie mentale, sous-type restrictif pur,¹ semble plus associée aux troubles de la personnalité du cluster C anxieux-craintif¹ (personnalité évitante, dépendante, obsessionnelle);
- le sous-type associé à des crises de boulimie-abus de purgatifs¹ serait plus associé aux clusters B (dramatique-erratique, dont le trouble de la personnalité *borderline*)¹ et C.

En ce qui concerne le trouble boulimique¹ (ou boulimie à poids normal), les chiffres de prévalence des troubles de la personnalité sont également très différents selon le type d'échantillon clinique (population générale

ou échantillon clinique, patients hospitalisés ou ambulatoires, adolescents ou adultes, durée de la maladie...). La prévalence des troubles de la personnalité chez les patients boulimiques varie entre 21 et 77 %, avec une prédominance des trouble de la personnalité du cluster B

CE QUI EST NOUVEAU

- ➔ De nouvelles approches thérapeutiques comme la thérapie dialectique comportementale² permettent de tenir compte des deux comorbidités et d'établir un programme de prise en charge global du trouble du comportement alimentaire et du trouble de la personnalité associé (le trouble de la personnalité de type *borderline* dans le cas de la thérapie dialectique comportementale).

* Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale (service du Pr Rouillon), hôpital Sainte-Anne, 100, rue de la Santé, 75014 Paris.

(*borderline* et histrionique), mais aussi des troubles de la personnalité de type évitant et dépendant.

Le cluster A¹ des troubles de la personnalité (bizarre-excentrique, avec les personnalités schizoïde, schizo-typique, paranoïaque) est peu fréquent (< 10 %), quel que soit le type de trouble du comportement alimentaire : anorexie ou boulimie.

NATURE DE LA COMORBIDITÉ

La conceptualisation des liens entre trouble de la personnalité et trouble des conduites alimentaires est complexe : le trouble de la personnalité peut être considéré comme un facteur prédisposant du trouble du comportement alimentaire ou, inversement, être considéré comme une complication du trouble du comportement alimentaire, ou les deux troubles peuvent être vus comme s'influençant l'un l'autre, ou au contraire comme 2 entités complètement distinctes et indépendantes.

Cependant, peu d'études scientifiques peuvent apporter des arguments probants en faveur de l'une ou l'autre de ces modélisations théoriques de comorbidité. D'un point de vue méthodologique, seules des études longitudinales prospectives de grande ampleur (donc difficiles à réaliser) en population générale pourraient permettre d'affirmer la nature de ces liens de comorbidité. Or la plupart des données publiées concernent des échantillons cliniques (parfois de trop petite taille) de patients ayant déjà un trouble du comportement alimentaire.

De plus, l'évaluation standardisée des troubles de la personnalité en elle-même est sujette à caution chez ce type de patients : les instruments de diagnostic des troubles de la personnalité ne sont pas appropriés à l'âge de début habituel du trouble du comportement alimentaire (vers la puberté), l'évaluation correcte des troubles de la personnalité peut être faussée par la dénutrition extrême qui est courante chez les anorexiques chroniques et, enfin, il existe une controverse sur le choix du meilleur instrument de diagnostic des troubles de la personnalité (auto-questionnaire ou hétéro-évaluation, et lequel parmi les différents instruments disponibles).

IMPLICATIONS CLINIQUES

La comorbidité avec un trouble de la personnalité ne semble pas modifier considérablement la symptomatologie alimentaire ni son intensité, par rapport aux patients ayant un trouble du comportement alimentaire sans troubles de la personnalité : certaines études mettent en évidence une fréquence plus élevée des comportements de purge (vomissements, abus de laxatifs et/ou diurétiques...).³

En revanche, les patients ayant un trouble de la personnalité comorbide ont plus fréquemment des antécédents de tentatives de suicide, un nombre plus élevé d'hospitalisations en psychiatrie, un plus haut degré de dysfonction-

nement familial, un niveau socioéconomique plus bas... que les patients sans trouble de la personnalité.

Les études comparant le pronostic des troubles du comportement alimentaire avec ou sans troubles de la personnalité comorbide sont peu nombreuses (et à court ou moyen terme seulement), mais semblent indiquer que la comorbidité avec un trouble de la personnalité est associée à un pronostic plus sombre, avec notamment une amélioration plus lente des symptômes alimentaires.

Enfin, la présence d'un trouble de la personnalité chez les patientes boulimiques est associée à une moins bonne réponse à la prise en charge du trouble alimentaire ; l'impact négatif du trouble de la personnalité sur l'observance du traitement (observance médicamenteuse, assiduité à une prise en charge psychothérapeutique...) est le principal facteur en cause. Il n'y a pas de données empiriques chez les anorexiques, mais on peut supposer que la présence d'un trouble de la personnalité va, là aussi, compliquer la prise en charge de l'anorexie mentale.

Dès lors, il est indispensable de tenir compte de cette comorbidité avec un trouble de la personnalité lors de la prise en charge globale de tout patient ayant un trouble du comportement alimentaire. L'obtention d'une alliance thérapeutique de bonne qualité est fondamentale chez ces patients.^{4,5}

En complément des psychothérapies « classiquement » indiquées pour les patients ayant un trouble de la personnalité, comme les psychothérapies d'inspiration analytique ou cognitivo-comportementales,² on peut souligner l'intérêt particulier chez ces patients comorbides de certains modèles théoriques et approches thérapeutiques récemment développés.

La thérapie dialectique comportementale⁶ est un programme thérapeutique très structuré initialement prévu pour aider les patients *borderline* multipliant les passages à l'acte suicidaire, qui met l'accent sur le mode de raisonnement en « tout ou rien » commun à la pathologie boulimique et au trouble *borderline*. Des modules d'application spécifiquement conçus pour la prise en charge des troubles alimentaires ont ensuite été créés.⁷

Les entretiens motivationnels⁸ sont des techniques de prise en charge de groupe destinées à aider les patients :

- à prendre conscience du caractère problématique de leur comportement ;
- à explorer leurs contradictions et leur ambivalence ;
- à déterminer quels changements ils souhaitent entreprendre ;
- à prendre la décision d'accomplir ce changement ;
- enfin, à faire le choix de moyens pour atteindre les objectifs auxquels ils aspirent.

Le champ d'application des entretiens motivationnels, historiquement, a d'abord été centré sur les addictions (alcool, drogues). Les patients ayant un trouble du comportement alimentaire ont ensuite pu bénéficier de cette approche.⁹

Il ne faut pas négliger la possibilité de prescription ponctuelle, au cas par cas, en fonction du type de trouble de la personnalité associé, de certains psychotropes (anti-dépresseurs, antipsychotiques atypiques, thymorégulateurs... bien qu'aucun traitement médicamenteux n'ait, à l'heure actuelle, obtenu d'autorisation de mise sur le marché dans l'indication trouble de la personnalité) sur certains symptômes-cibles très fréquents : anxiété, affects dépressifs, fluctuations rapides de l'humeur, impulsivité... L'important est alors d'expliquer au patient ce qu'on attend de ce traitement médicamenteux (et aussi ce qu'on ne doit pas en attendre !).

EXEMPLE : COMORBIDITÉ AVEC LE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ BORDERLINE

Le trouble de la personnalité *borderline* (DSM-IV-TR)¹ est le trouble de la personnalité le plus fréquent chez les anorexiques-boulimiques et chez les boulimiques (*v. supra*). Les patients *borderline* souffrent d'instabilité dans le domaine des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects ; le sentiment chronique de vide, la difficulté à contrôler la colère et l'impulsivité marquée rendent fréquents les passages à l'acte auto-agressifs de type automutilations ou tentative de suicide.

On peut concevoir (sans qu'aucune étude ne puisse confirmer ou infirmer ces hypothèses (*v. supra*)) que les symptômes alimentaires puissent avoir une fonction adaptative chez un sujet *borderline*, les traits de personnalité pathologiques et les perturbations alimentaires s'auto-entretenant mutuellement :

- la recherche de la minceur permettrait d'augmenter le degré d'estime de soi, très défaillante chez le sujet *borderline* ;
- les crises de boulimie auraient un rôle d'auto-apaisement et de soulagement des tensions internes permanentes chez ces patients ;
- les comportements de purge (vomissements, abus de laxatifs...) permettrait d'augmenter le sentiment de contrôle, qui manque habituellement chez les sujets *borderline*, offrant l'illusion d'un contrôle corporel, à défaut d'un meilleur contrôle des phénomènes psychiques ;
- il faut également souligner le potentiel autodestructeur de la dénutrition, de l'hyperactivité physique, des vomissements... et l'utilisation possible par le sujet *borderline* comme autopunition ;
- la douleur physique (automutilations, vomissements, hyperactivité physique...) peut permettre d'atténuer la douleur émotionnelle ;
- enfin, dans certains cas, les symptômes alimentaires pourraient avoir un rôle protecteur pour éviter une décompensation aiguë, en particulier psychotique.

Le patient *borderline* a donc « à première vue » les mêmes symptômes alimentaires qu'un patient non *borderline*, mais ceux-ci s'inscrivent dans une perspective plus large et longitudinale de comportements auto-

POUR LA PRATIQUE

- La comorbidité avec un trouble de la personnalité concerne environ la moitié des patients ayant un trouble des conduites alimentaires.
- La comorbidité avec un trouble de la personnalité complique la prise en charge, en particulier du point de vue de l'adhésion au traitement, et du délai nécessaire à l'amélioration des symptômes alimentaires.
- La stratégie thérapeutique individuelle (psychothérapie, pharmacothérapie...) d'un patient ayant un trouble du comportement alimentaire doit donc toujours tenir compte de l'éventuelle présence d'un trouble de la personnalité et du type de ce trouble.

destructeurs et de déficits de l'autorégulation et de la sécurité interne. La prise en charge globale des patients ayant un trouble *borderline* et un trouble du comportement alimentaire nécessite d'appréhender au niveau individuel le rôle et la place de chacun de ces symptômes alimentaires dans l'économie psychique du patient, ses mécanismes de défense et ses modalités de fonctionnement. L'établissement d'un cadre thérapeutique stable et rassurant (aux limites clairement précisées) est primordial avec ces patients qui oscillent dans leurs modalités de relations interpersonnelles entre les extrêmes (d'où une difficulté dans l'établissement d'une juste distance dans la relation thérapeutique), qui passent d'une grande dépendance à autrui à un sentiment d'abandon et de rejet envahissant (et le risque d'auto-agressivité, de tentatives de suicide ou d'automutilations est majoré par ce sentiment).

CONCLUSION

La comorbidité d'un trouble de la personnalité et d'un trouble du comportement alimentaire est une éventualité fréquente, qui concerne environ la moitié des patients ayant un trouble du comportement alimentaire. Cependant, la nature exacte des liens étiopathogéniques entre ces 2 entités diagnostiques n'est pas clarifiée, car seules des études longitudinales prospectives de grande envergure en population générale pourraient permettre d'avancer dans la connaissance de ces liens. La comorbidité avec un trouble de la personnalité pourrait ralentir le processus d'amélioration clinique du trouble du comportement alimentaire.

Seule la mise au point de stratégies thérapeutiques spécifiquement conçues pour ce type de patients ayant un trouble de la personnalité et un trouble alimentaire pourrait permettre d'améliorer leur pronostic durablement. ■

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

SUMMARY Eating disorders and personality disorders

All dominant models of the eating disorders implicate personality variables in the emergence and development of the symptoms. The rate of co-occurrence between personality disorders and eating disorders is high, about half of eating disordered patients have a comorbid personality disorder. There is evidence of a poorer outcome of the eating disorder (time to remission, compliance to treatment) when there is a comorbid personality disorder. Thus, the comorbidity of a personality disorder has considerable relevance for clinical management of and treatment formulation of eating disordered patients.

Rev Prat 2008 ; 58 : 157-60

RÉSUMÉ Troubles des conduites alimentaires et troubles de la personnalité

Les principaux modèles théoriques concernant les troubles alimentaires impliquent le rôle de facteurs de personnalité dans l'émergence et le maintien des symptômes alimentaires. La comorbidité avec un trouble de la personnalité est élevée, concernant environ la moitié des patients ayant un trouble des conduites alimentaires. La présence d'un trouble de la personnalité comorbide implique un pronostic moins favorable (délai pour la rémission, observance du traitement). La comorbidité avec un trouble de la personnalité a donc des conséquences importantes en termes de prise en charge clinique et thérapeutique des patients ayant un trouble alimentaire.

RÉFÉRENCES

1. **American Psychiatric Association.** Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (4th ed) Washington DC, 1994. Traduction française: Guelfi JD, et al. Paris: Masson, 1996.
2. **Leonard T, Foulon C, Guelfi JD.** Troubles du comportement alimentaire chez l'adulte. EMC Psychiatrie, 37-105-D-10, Paris: Elsevier, 2005.
3. **Cassin S, Von Ranson KM.** Personality and eating disorders: a decade in review. Clin Psychol Rev 2005;25:895-916.
4. **Bruce KR, Steiger H.** Treatment implications of Axis-II comorbidity in eating disorders. Eat Disord 2005;13:93-108.
5. **Dennis AB, Sansone RA.** Treatment of patients with personality disorders. In: Handbook of Treatment for eating disorders, (2nd ed) Garner DM, Garfinkel PE. New York: Guilford Press, 1997.
6. **Linehan MM.** Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press, 1993.
7. **Palmer RL, Birchall H, Damani S, Gatward N, McGrain L, Parker L.** A dialectical behavioral therapy program for people with an eating disorder and borderline personality disorder - description and outcome. Int J Eat Disord 2003;33:281-6.
8. **Prochaska JO, Di Clemente CC.** In search of how people change. Applications to addictive behaviors. American Psychologist 1992;47:1102-14.
9. **Wilson GT, Schlom TR.** The transtheoretical model and motivational interviewing in the treatment of eating and weight disorders. Clin Psychol Rev 2004;24:361-78.

NOTRE ENGAGEMENT ÉDITORIAL

LA REVUE DU
PRATICIEN

La qualité du contenu scientifique et pédagogique de La Revue du Praticien dont l'éditeur est le groupe Huveaux France SAS, est garantie par le respect des valeurs éditoriales suivantes :

COMITÉ DE RÉDACTION SCIENTIFIQUE :

des experts, membres permanents ou conseillers du comité de rédaction scientifique, proposent des thèmes à traiter (compte tenu des actions prioritaires de santé publique, des recommandations de l'HAS et des sociétés savantes et de l'actualisation nécessaire des connaissances médicales), désignent en fonction de leur

compétence reconnue (selon leurs titres et travaux) les auteurs à solliciter et assurent la lecture critique de tous les articles reçus (articles de formation continue ou travaux originaux).

BIBLIOGRAPHIE :

chaque article est accompagné de références bibliographiques appelées dans le texte selon les normes de Vancouver.

CONFLITS D'INTÉRÊTS :

tous les articles sont signés et accompagnés des coordonnées complètes des auteurs. Ces derniers sont systématiquement invités à signaler toute relation contractuelle avec une entreprise du médicament ou spécialisée dans les dispositifs médicaux, susceptible de créer un conflit d'intérêts compte tenu du thème traité dans l'article. La déclaration des conflits d'intérêts figure obligatoirement en fin d'article.

ENGAGEMENT FMC :

les articles de formation médicale continue ou les travaux originaux constituent l'essentiel du fonds éditorial de la revue.

PROMOTION DU MÉDICAMENT ET DU MATÉRIEL MÉDICAL :

toute publicité rédactionnelle ou visuelle dans la revue est systématiquement identifiée comme telle par une mention explicite.